Irys (J. M.)

TÉSIS

PARA EL

EXÁMEN PROFESIONAL DE MEDICINA Y CIRUJÍA

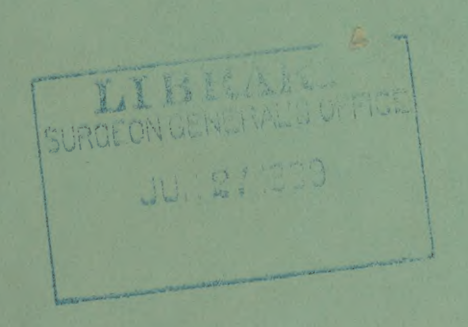
PRESENTADA

ANTE EL JURADO DE CALIFICACION

POR

JOSÉ MARÍA IRYS

Alumno de la Escuela de Medicina de México, ex-practicante del Hospital Militar, miembro fundador de la Asociacion "Larrey."



TÉSIS

PARA EL

EXÁMEN PROFESIONAL DE MEDICINA Y CIRUJÍA

PRESENTADA

ANTE EL JURADO DE CALIFICACION.

LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE
JUN 27 1899

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

PARALELO

ENTRE LOS

ESTRECHAMIENTOS IDIOPÁTICOS

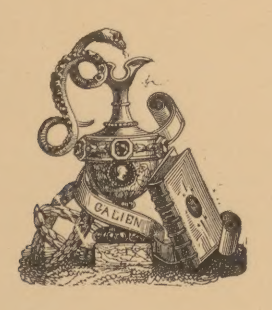
DEL EXÓFAGO Y DEL RECTO

CON LOS DE LA URETRA

POR

JOSÉ MARÍA IRYS

Alumno de la Escuela de Medicina de México, ex-practicante del Hospital Militar, miembro fundador de la Asociacion "Larrey."



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON

Calle de Lerdo número 2.

1877

Á MI PADRE.

AL DOCTOR FRANCISCO MONTES DE OCA.

Al inteligente Dr. Dn. José Bandera

El autor

2 - 15 - 77.

El organismo humano forma una máquina delicada; cada celdilla vive, se reproduce y muere por leyes propias; pero para cumplir esta sucesion necesitan unas de las otras.

Cada órgano tiene por funcion el resultado de la funcion de sus elementos. La vida es el resultado de la funcion de todos los órganos; la sinergia que existe entre ellos hace que la perturbacion de uno modifique la de los otros. Cuando estas modificaciones existen, el organismo está enfermo. Volverlos á su estado normal, implica la curacion. Las condiciones de existencia de cada elemento son precisas; una nueva influencia modifica sus propiedades.

Las causas son numerosas, las perturbaciones lo son tambien.

La enfermedad debió existir desde que hubo organismo. Las hipótesis tomaron lugar, el conocimiento de las leyes de aquel vinieron despues. En las primeras edades la curacion de una enfermedad se hacia por prácticas misteriosas, como eran los fenómenos biológicos en aquellas épocas. El empirismo vino á su vez: la ciencia comienza, y muchos años han pasado y no ha podido salir más que en parte de este dominio.

La experimentacion no es completa, el método de diferencia pierde todo su valor.

Los hechos son complexos, porque las causas son numerosas.

La ciencia sin embargo avanza, aunque lentamente; sus condiciones así lo requieren.

Cuando los fenómenos adquieren cierto grado de sencillez, el conocimiento es perfecto; entonces se puede prever, y le es posible al práctico modificar algunas veces. La medicina operatoria ha encontrado menos obstáculos en su marcha hácia el perfeccionamiento que la medicina interna; la coexistencia y sucesion de los hechos son más uniformes, y por consiguiente las indicaciones son más precisas y seguras.

Investigar las causas, encadenar los hechos, reducirlos á fenómenos simples, destruir aquellos, tal es el objeto de la ciencia. Todo esto, sin embargo, nada tiene de sencillo.

Las causas variables por su intensidad y por su número no dan siempre un mismo efecto; estos son algunas veces tan diferentes, que parecen ser el resultado de influencias tambien diferentes. Por otra parte, la observacion, único medio, por decirlo así, de investigacion, de que dispone la ciencia médica, no es siempre en número suficiente para eliminar el azar y concluir por consiguiente de una manera general.

El encadenamiento de los hechos es aún más difícil, porque si las causas no son desconocidas, por lo general son varias, y no se puede dar siempre á cada una la parte que le toca.

Por último, destruir las causas con el objeto de volver el organismo á su estado normal, es algunas veces del todo imposible, porque han dado lugar á pérdidas ó á modificaciones irreparables en la estructura anatómica de los órganos, ó en el contenido de las celdillas; y algunas veces, aun cuando esto no se observe, el organismo mismo ha adquirido una clase de hábito para la enfermedad que no cesa, aunque la causa se destruya, como sucede en la epilepsía y en la histeria producida por causas reflejas.

No vaya á creerse que intento demostrar que la medicina no tiene generalizaciones elevadas á la categoría de leyes, y que to-

das sus proposiciones se reducen á cosas probables; no, no es esto precisamente á lo que tiendo, porque sé muy bien que en esta ciencia existen leyes fundamentales, y además ciertos casos patológicos bastan algunas veces para encontrar un hecho general; pero quiero solamente decir que aquí, más que en otra ciencia, la generalizacion es difícil. Cuando esta operacion no es posible, buscar los casos que se asemejen, reunir todos aquellos que tienen algunas propiedades iguales, es de un gran socorro para el espíritu y para el práctico. Tal es mi objeto al hacer el paralelo entre los estrechamientos idiopáticos del exófago y del recto con los de la uretra.

No pretendo, pues, generalizar que en la ciencia médica esta operacion está reservada para muy pocos espíritus, los que con gran derecho llevan el nombre de sabios.

Entendido pues mi propósito, divido este estudio de la manera siguiente:

1º Estructura de los tres canales (uretra, exófago, recto).
2º Naturaleza de los estrechamientos.
3º Genesis y etiología.
4º Anatomía patológica.
5º Síntomas, marcha, pronóstico y diagnóstico.
6º Tratamiento.



Estructura de la Uretra, Exófago y Recto.

Tapiza los tres canales una membrana mucosa, de color variable, segun la cantidad de sangre que contiene para cada uno de ellos; presenta arrugas, repliegues, orificios grandes y pequeños regularmente diseminados, orificios que no son otra cosa que los de las glándulas. La mucosa presenta al corte trasversal arrugas ó repliegues que le dan una forma estrellada. Las tres mucosas están tapizadas de un epitelio pavimentoso estratificado para el exófago, cilíndrico estratificado para la uretra y el recto.

Las adherencias de estas membranas á las partes subyacentes,

se hacen por medio de un tejido celular que les permite ser levantadas y formar pliegues y arrugas. La consistencia es variable, fuerte y resistente para el exófago y el recto; es débil para la uretra, donde algunas tracciones bastan para desgarrarla.

Los vasos son numerosos, sobre todo para el recto y la uretra; esta reposa sobre un plexus venoso en la region musculosa que le pertenece.

Los linfáticos son numerosos. Cada uno tiene nervios cuyo número es variable, como lo demuestra el grado de sensibilidad diferente para las tres.

La uretra presenta una parte musculosa llamada tambien membranosa, que es en todo semejante por su estructura á la del recto y á la del exófago; es decir, que despues de una membrana mucosa reposando sobre un tejido celular, se encuentra una túnica musculosa formada de dos capas, una externa de fibras longitudinales, otra interna compuesta de fibras circulares, las que para el recto se acumulan en la parte inferior y constituyen el esfínter externo.

Las fibras circulares de la uretra cierran tambien activamente el canal; de aquí, el nombre de esfínter uretral, que le ha sido dado por Amussat, su funcion es de oponerse eficazmente á la salida de la orina que el esfínter del cuello vesical, algo débil, podria dejar escapar.

En la estructura de estos canales entran tambien otras fibras musculosas que no les pertenece á ellos solos.

La uretra en su estructura es más complicada que los canales exófago y recto; así, ha tenido que dividirse para su descripcion en tres partes ó regiones: region esponjosa, membranosa ó mejor musculosa, y en region prostática. La segunda se asemeja en toda su estructura á la del recto y del exófago, como he dicho: las otras, siendo completamente diferentes, tienen necesidad de una descripcion aparte.

Porcion esponjosa.—Los cuatro quintos anteriores de la uretra se encuentran en una especie de vaina erectil, hinchada en sus dos extremidades, cilíndrica y alargada en su parte média. El canal está situado en la parte inferior del hinchamiento ante-

rior ó glande, mientras que en el resto de su extension ocupa la parte superior del cuerpo esponjoso y del hinchamiento posterior ó bulbo. Por todas partes la mucosa del canal está en relacion con la membrana fibrosa que cubre el tejido erectil venoso de que se compone esencialmente el cuerpo esponjoso, y esta membrana es tan delgada que no se opone á las sondas que han desgarrado la mucosa que tiene muy poca resistencia. Al nivel del fondo del saco del bulbo, la porcion de esta membrana que cubre exteriormente este hinchamiento, se repliega para continuarse con la que tapiza la mucosa, y resulta una especie de brida fibrosa, conocida bajo el nombre de cuello del bulbo, la que hace un gran papel en la historia del cateterismo.

PORCION PROSTÁTICA.—Así llamada por sus relaciones con la próstata, cuerpo glandular que tiene la forma de un cono aplanado ó de una castaña de base superior á menudo bilobada; está atravesada por la uretra oblícuamente de arriba abajo, de su base á su vértice y de su pared superior á la inferior. Sus límites se confunden hácia arriba y hácia atrás con los tejidos circunvecinos, lo que hace su aislamiento difícil. Los conductos eyaculadores atraviesan oblícuamente la próstata. Sus partes laterales constituyen *los lóbulos laterales de la próstata.* Su volúmen aumenta con la edad, siendo mayor en los individuos que han padecido mucho tiempo de las vías urinarias. La mucosa uretral está sostenida por el tejido de la glándula á la cual está íntimamente unida. La membrana mucosa no está como en el resto de la uretra exactamente aplicada; de manera que en el centro de la porcion prostática, al nivel del verum-montanum, existe como una cavidad, no una cavidad libre, pero existe virtualmente, presta á recibir esperma, líquido prostático y orinas; se encuentra cerrada del lado de la vejiga por el esfínter vesical, y del lado de la region muscular por el esfínter uretral: la cresta uretral hace en esta cavidad una fuerte salida.

La mucosa uretral presenta ciertas particularidades dignas de llamar la atencion, porque hacen un gran papel en la historia del cateterismo: está sembrada de orificios grandes y pequeños; regularmente diseminados en sus diversos segmentos, orificios que

no son otra cosa que las aberturas de las glándulas descubiertas por Morgagni.

Estas aberturas sirven de obstáculo á la introduccion de la sonda; la punta de esta se insinúa á menudo en ellas é impide su progresion hácia la vejiga.—En la porcion musculosa se encuentran las glándulas de Litrée.

En la pared inferior del canal, á dos centímetros poco más ó menos del cuello del bulbo, se ve una pequeña salida, á los lados de la cual se abren los conductos de las glándulas llamadas de Mery ó de Cooper.

La porcion prostática, en la parte inferior sobre la línea média, se encuentra el verum-montanum ó cresta uretral, más hácia atrás la abertura del utrículo prostático, y más hácia atrás aún el esfínter del cuello de la vejiga, que forma una saliente.

El calibre de los canales de que me ocupo, es variable, mayor para el recto y menor para la uretra. La forma, direccion y longitud es tambien diferente para cada uno.

El exófago de 0m,28 de longitud tiene la forma de un cilindro aplanado. Su direccion es rectilínea, con algunas inflexiones ligeras; su primera parte se encuentra sobre la línea média, en seguida se inclina un poco á la izquierda, despues en la parte superior del tórax se dirige á la derecha, y se coloca en fin sobre la línea média para sufrir la última inflexion á la izquierda, antes de atravesar el diafragma.

El recto de 0m,25 de longitud, se dirige hácia abajo y á la derecha, despues siguiendo la curvatura del sacro se dirige un poco á la izquierda, en seguida á la derecha, vuelve á la línea média, y por último hácia atrás para terminarse delante del coxis.

Existe gran diversidad de opiniones respecto á la longitud média de la uretra: 0m,16 á 0m,19 (Amussat); 18 á 20 centímetros (Wately); Sappey le asigna una longitud média en el cadáver. Su calibre es tambien variable para cada individuo y para las diferentes partes del canal; se admite que el canal distendido alcanza un diámetro medio de 7 á 8 milímetros.

La direccion de la uretra no es rectilínea, sino que presenta dos curvaturas, una posterior invariable ó poco variable; esta curva

tiene su concavidad abierta hácia arriba y adelante: la segunda curvatura (ángulo prepubiano abierto hácia abajo) situada más adelante, varia de abertura segun la posicion del pene; si este se dirige directamente hácia delante ó un poco oblícuamente hácia arriba y adelante, entonces el ángulo prepubiano desaparece y la uretra tiene en su totalidad una concavidad superior.

Naturaleza de los Estrechamientos.

Desde luego ¿qué debe entenderse por estrechamiento?

Se dice que hay estrechamiento de un canal desde el momento que su calibre se encuentra disminuido.

Esta definicion explica muy bien lo que significa la palabra; pero para la idea que de esta lesion debe tenerse en la práctica, la definicion tiene que ser más restringida; porque clínicamente hablando no hay estrechamiento en todas las inflamaciones de los canales, aunque este estado morboso disminuye el calibre de ellos; así por ejemplo un clínico no dirá que en las blenorragias agudas de la uretra, hay siempre estrechamiento. Por otra parte, como un mismo canal en los diferentes individuos no presenta el mismo calibre, sucederia que mientras en unos, los de pequeño diámetro, no habria estrechez, en otros, los de mayor amplitud, segun la definicion dicha, ya existiria por un estado morboso cualquiera que disminuyera la luz; aunque estuviese todavía el calibre mas ámplio en estos que en aquellos; es decir, que se presentarian casos en los que un canal con estrechamiento seria mas ancho de conducto que uno fisiológico. Esto sin embargo no sucede; la amplitud del calibre es igual en la coartacion al comenzar esta, cualesquiera que sean las dimensiones anteriores de la capacidad de los canales.

Hay pues en la idea que en clínica se tiene de las coartaciones, algo más que la simple diminucion del calibre del canal. Este algo más, que es el trastorno de la funcion al grado de exigir una terapéutica especial, aunque entendido de una manera vaga por todo el mundo, es la que establece el límite de la denotacion de la palabra; no se encuentra sin embargo expresado en los libros de patología.

Segun esto, clínicamente hablando, el estrechamiento de un canal *es la diminucion del calibre de este con trastorno de la funcion, al grado de exigir una terapéutica especial.*

Ahora bien, veamos dónde se encuentran cada una de estas condiciones separadas y dónde reunidas.

La primera, es decir, la diminucion del calibre de un canal que encierra fibras contráctiles* se presenta en cuatro circunstancias distintas. Ya por una hiperemia, ya sea por una inflamacion, ó bien por un neoplasma de los tejidos, ó ya en fin, por la contraccion más ó menos enérgica de sus elementos.

Fundados en estos cuatro órdenes de alteraciones, existirian otras tantas clases de estrechamientos: congestivos, inflamatorios, orgánicos y espasmódicos.

Réstanos averiguar, sin embargo, si todas estas perturbaciones se acompañan del trastorno de la funcion, de tal manera que exijan un tratamiento particular para la coartacion que producen. Dejando á un lado la clase de los orgánicos que satisfacen, lo que nadie duda, las dos condiciones de la definicion en los tres canales de que me ocupo, examinaremos si las otras perturbaciones las satisfacen tambien en dichos canales.

Uretra.—Los estrechamientos espasmódicos de la uretra han sido negados por Shaw y principalmente por Mercier apoyándose en los argumentos siguientes: Primero. La existencia de las pretendidas fibras musculares en las paredes de la uretra no está demostrada. Segundo. Los obstáculos que se encuentran practicando el cateterismo en ciertos individuos y que se atribuyen á los estrechamientos espasmódicos, son debidos á una mala direccion impresa al instrumento, á un levantamiento de la mucosa por la llegada de una cantidad mayor de sangre en el tejido esponjoso de la uretra, opinion igualmente defendida por Leroy, ó bien aun á la presencia en la uretra de fragmentos de cálculos, de arena.

Las razones dadas por Mercier no pueden sostenerse; en efecto: primero la existencia de fibras contráctiles en la porcion membranosa de la uretra es hoy un hecho bien demostrado; sin pre-

* Recuérdese que se trata únicamente de los estrechamientos idiopáticos.

tender, sin embargo, que estas fibras existen en la porcion esponjosa lo mismo que en la uretra del caballo, como quiere Hom, Bawer, Wilson y Guthrie. Segundo. Las personas que creen en los estrechamientos espasmódicos, no es únicamente por las dificultades que se encuentran practicando el cateterismo en ciertos individuos, sino que al introducir y sobre todo al extraer la sonda, se siente más ó menos profundamente una sensacion particular como de prension, que en los casos exagerados exige algun esfuerzo para extraer el instrumento, y entonces la sensacion es más marcada. Tercero y por último, de esta sensacion particular se tiene conciencia desde la region musculosa, cuando los fragmentos de cálculos están en la vejiga ó en la próstata.

El mismo Mercier admite, quizás para conciliar los hechos con la teoría en la porcion membranosa de la uretra, la posibilidad de un *movimiento espasmódico* capaz de hacer lenta la progresion de la sonda; lo que explica por la contraccion de los músculos elevadores del ano, que de la parte posterior é inferior de las sínfisis se dirigen hácia atrás sobre las partes laterales de la porcion membranosa de la uretra para continuarse con las fibras longitudinales del recto; contrayéndose estas fibras, arrastran la porcion de la uretra que abrazan y exageran la curvatura del canal más bien que disminuir el calibre. De la misma manera aunque la porcion prostática no pueda contraerse por sí misma, el referido autor admite que ciertas partes de los músculos elevadores del ano, pueden oprimir los dos lóbulos laterales uno contra otro, y concurrir á retener la orina, en las violentas necesidades de orinar. Leroy explica el estrechamiento espasmódico de la uretra, por las contracciones de los músculos esfínter anal, de los trasversos del perineo, y del bulbo cavernoso que ejerce tambien tracciones en sentido opuesto, sobre el orígen de la porcion membranosa á la cual todos estos músculos se insertan.

Mercier y Leroy han tomado en consideracion alguna de las condiciones del fenómeno; pero han desechado la principal, la contraccion de las fibras musculares de la porcion membranosa.

La contraccion refleja es algunas veces tan enérgica, que basta ella sola para hacer la miccion muy difícil ó imposible; báste-

me referir un caso muy notable, que tuvieron ocasion de observar varios de los empleados del hospital de San Lúcas, y cuya historia se encuentra escrita en los Anales de la Asociacion «Larrey» por mi apreciable amigo el Dr. Viñas.

En la sala de oficiales de dicho hospital, existia un enfermo de cálculo vesical. La irritacion que este cuerpo producia en la vejiga, traia una contraccion espasmódica de la uretra que hacia imposible la emision de la orina. Varias veces cubriendo la guardia sanitaria me ví obligado á sondear á este enfermo, cuya retencion la atribuia siempre á la introduccion del cálculo en el cuello vesical; no obstante, cuando lograba que penetrase la sonda en la cavidad de la vejiga, encontraba por lo general á dicho cálculo en el bajo fondo de esta, y rara vez obstruyendo el cuello. La retencion era pues casi siempre producida por el espasmo muscular, que se hacia sentir de una manera intensa en la region musculosa.

Pasemos ahora al estrechamiento inflamatorio admitido por todos los autores.

En los enfermos atacados de una blenorragia aguda, ó simplemente de una uretritis intensa, la retencion de la orina es muy comun, y basta por lo general sondearlos una vez para que el canal deje pasar despues fácilmente la orina. Este hecho indica que la inflamacion no es la sola que se opone á la miccion; hay otro elemento más poderoso y al que es necesario tomar en más consideracion, porque en efecto: ¿si la inflamacion fuese la única causa del fenómeno, el paso de la sonda no aumentaria la irritacion y llegaria á ser por consiguiente la retencion más marcada? Además, la turgescencia ó tumefaccion de la mucosa por el hecho de la flogosis, ¿cuánto podria aumentar su espesor? Quiero suponer lo que no es cierto, que la haga dos veces y media más grueso; con esta tumefaccion (siendo la mucosa de la uretra muy delgada) la miccion no podria no solamente hacerse imposible, pero ni aun difícil, puesto que el canal es muy elástico, y mide el diámetro de su calibre, por término medio, de siete á ocho milímetros. ¿Cómo explicar este fenómeno?

¿Diremos con A. Richet, combatiendo á Amussat (Anatomía

médico-quirúrgica, pág. 522, 1ª edicion), cuando este cree en el espasmo de la region esponjosa, que el fenómeno es producido por una congestion pasajera que estrecha momentáneamente el canal? La explicacion seria ingeniosa, pero no convincente, supuesto que la hiperemia es el fenómeno primordial, y por consiguiente ha desaparecido desde que la inflamacion está confirmada; además, el paso de una sonda, en lugar de disiparla la aumentaria.

La dificultad ó imposibilidad de la miccion en estos casos, es más bien debida á una contraccion espasmódica por el contacto de la orina con la mucosa inflamada, que á la flogosis misma. Esta explicacion es la que está más de acuerdo con los hechos. En efecto, cuando un individuo tiene una inflamacion aguda uretral, evita orinar el mayor número de veces posible, por los dolores que produce este acto. Si á esto se agrega el estado del espíritu, estas dos causas reunidas dan por resultado la contraccion refleja, tanto más intensa, cuanto más lo son las condiciones que la producen; la miccion es difícil ó imposible. Si el enfermo detiene la miccion por algunas horas, cuando quiere satisfacer este acto ya la vejiga contiene una cantidad considerable de orina que se opone á que se contraiga enérgicamente. Si continúa en este estado, la vejiga se contraerá con más dificultad á medida que aumente su contenido, y por consiguiente la retencion no cesa hasta que por medio de la sonda se evacua la vejiga.

En más de cuarenta enfermos que he tenido que atender en estas circunstancias durante mis guardias sanitarias en el hospital de San Lúcas, despues del primer cateterismo no tuve que intentar otro. Lo que se explica por qué el cuerpo extraño (sonda) en el canal inflamado ha hecho contraerse á las fibras musculares de este con toda su violencia, y de aquí un agotamiento en la funcion de estas fibras por un tiempo más ó menos prolongado. Creo además que concurren otras circunstancias, pero de poca significacion; así, por ejemplo, los enfermos quizá instintivamente, ó bien atraidos por la curiosidad de ver si el escurrimiento de la orina está en corriente, no dejan acumular una gran cantidad, reproduciendo el acto de la miccion muy á menudo.

Debo añadir, sin embargo, que en los casos observados, solo uno hizo excepcion á lo que dejo dicho; es decir, que la retencion se volvió á producir, y el cateterismo fué necesario por segunda vez. Este enfermo fué trasportado al hospital como á las diez de la noche: hacia pocas horas que la retencion se habia producido. Despues del cateterismo durmió profundamente algunas horas; al dia siguiente la retencion habia vuelto, y fué necesario sondearle por segunda vez. Las circunstancias en que se encontraba este enfermo parecen, pues, no haber sido suficientes para que el espasmo agotase la funcion de las fibras contráctiles despues del primer cateterismo.

El espasmo por tanto es la causa última de las perturbaciones de la miccion en la flogosis aguda de la uretra. Su existencia no es dudosa para todos aquellos que hayan tenido que atender á un enfermo en las circunstancias mencionadas.

Segun esto, como las inflamaciones sin espasmos no dan lugar á una terapéutica especial, por el hecho de la coartacion, sino que todo el tratamiento será dirigido contra la flogosis, el estrechamiento inflamatorio no tiene razon de ser. Si se admite esta clase, deberian existir para el exófago, por ejemplo, estrechamientos histéricos, hidrofóbicos, etc., donde el estado nervioso es la causa predisponente de la contraccion espasmódica.

Por último, diré para concluir sobre esta clase de estrechamientos, que si las razones que dejo dichas á favor del espasmo en la inflamacion no convencen, no se explica cómo la introduccion de una sonda en el canal hace cesar el obstáculo á la miccion, cuando seria de esperarse que aumentara la flogosis, y por consiguiente el síntoma que se combate.

Si la inflamacion no produce por sí sola el estrechamiento, mucho menos lo producirá la hiperemia; á no ser que existiendo una coartacion orgánica ó espasmódica viniera á agregarse esta, pero entonces la congestion será secundaria y tributaria y no la causa generatriz; además este estado morboso se disipa por lo general rápidamente, y no habria por consiguiente necesidad de tratamiento.

Quedan pues reducidos los estrechamientos á dos clases, *es-*

pasmódicos y *orgánicos*, eliminando á los inflamatorios admitidos por todos los autores, y á los hiperémicos, por las razones expuestas.

Exófago.—Existen tambien estrechamientos espasmódicos para el exófago; la contraccion refleja de las fibras musculares del canal es en ciertos estados morbosos bastante intensa, al grado de no dejar pasar por su luz ni las sustancias líquidas. Esto es muy comun en el exofagismo, en cuyo caso el cateterismo es algunas veces indispensable para alimentar á los enfermos.

Si admitimos que la inflamacion no produce la coartacion en el canal de la uretra, debemos admitir tambien por las mismas razones que no existen estrechamientos inflamatorios en el exófago, canal de un calibre mucho mas ámplio que el de la uretra.

Respecto á la hiperemia podria repetirse lo que se dijo hablando de esta clase de estrechamientos de la uretra.

Recto.—El espasmo de las fibras contráctiles del recto, en lugar de hacer difícil la expulsion de las materias fecales, las acelera por el sentido de la contraccion muscular. Este estado que se observa en el tenesmo rectal, no exige, ni en los casos más intensos, tratamiento motivado por la diminucion del calibre del canal.

En cuanto á la inflamacion y á la congestion, es aplicable lo que se ha dicho respecto del exófago.

De manera que existen estrechamientos orgánicos para la uretra, el exófago y el recto, espasmódicos para los dos primeros.

En este capítulo encuentra su lugar una division de los estrechamientos orgánicos de la uretra que se ha creido de gran valor para el tratamiento. Me refiero á los estrechamientos *franqueables é infranqueables*. Respecto á estos últimos ya he tenido ocasion de expresar mi opinion á propósito de una historia publicada en los Anales de la Asociacion «Larrey;» me expreso así: «La existencia de estrechamientos infranqueables no está de acuerdo con la mayor parte de los autores.» En efecto, leyendo lo que se ha escrito sobre esto, reina una diversidad, un desacuerdo en las opiniones, hasta cierto punto contradictorias, y los más cautos no saben á qué partido adherirse; esto depende, creo

yo, de que no han interpretado, no han querido comprender el hecho; ó mas bien han expresado hechos diferentes con una misma palabra: «infranqueable.” En efecto, basta recorrer rápidamente las diferentes opiniones para convencerse de esta verdad.

«Mientras que unos reservan esta palabra, infranqueable, para los casos en los cuales no puede escurrir más orina por el meato, ó en los cuales la obliteracion de la uretra es completa, otros al contrario, miran como infranqueable todo estrechamiento, al través del cual es imposible despues de algunas maniobras, hacer pasar un instrumento hasta la vejiga.

«H. Thompson quiere que esta palabra se borre del vocabulario quirúrgico; no admite ninguna de estas dos maneras de ver. Para él, la expresion tiene otro valor; dice: «Desde luego no podria designar una propiedad intrínseca al estrechamiento mismo. Sirve más bien á calificar al cirujano, porque tal estrechamiento «infranqueable» para A no lo será para B, quien podrá introducir una sonda hasta la vejiga.» (H. Thompson, enfermedades de las vías urinarias, pág. 144 y siguientes.)

«Syme, á su vez, de cuyas doctrinas se alimentan las ideas de Thompson, se expresa así: «Cuando la orina pasa á través de un estrechamiento, mediante atencion y paciencia, el instrumento debe tambien pasar.» Luego, segun Syme, cuando se dispone de estas dos condiciones, paciencia y atencion, no hay estrechamiento infranqueable.

«Despues de la lectura de estas ideas se comprenderá fácilmente que cada uno ha fundado la significacion de la palabra «infranqueable» sobre un hecho diferente: en efecto, los unos no establecen diferencia entre obstruccion y estrechamiento; esta opinion es evidentemente errónea. Los otros tienen razon restringiendo un poco su denotacion. Sin embargo, las palabras de Thompson (haciendo á un lado todo el veneno que puede desarrollar en las sondas de personas poseidas de mucho amor propio, porque esto no nos interesa aquí), así como las de Syme, no carecen de verdad, y serán ciertas siempre que en el canal de la uretra exista un solo estrechamiento, sea cual fuere su longitud, sinuosidad, calibre, antigüedad, etc.; pero si sus proposiciones se quieren ex-

tender á los casos en que exista más de un estrechamiento, entonces se encontrarian numerosas excepciones; todos aquellos casos que se encuentran en las circunstancias de nuestro enfermo, de hecho, por la lectura de esta historia, se verá que la práctica nos lo ha suficientemente demostrado, y el espíritu no deja de conocerlo cuando se ha formado bien la idea de las relaciones que existian entre los primeros estrechamientos y las particularidades que cada uno presentaba.

«Recuérdese, en efecto, que el primer estrechamiento coriáceo, antiguo, retráctil y sinuoso, no distaba del segundo más que un centímetro, y añadiré que las dos aberturas en relacion se abrian en puntos opuestos; luego esto bien entendido, se comprende fácilmente que cualquiera que sea la dureza del instrumento, no podria, por medio de suavidad, atravesar las dos coartaciones: en efecto, si la sonda es rígida, ¿cómo podrá adaptarse á la sinuosidad del primero? y suponiendo que lo haya atravesado, ¿cómo podrá encontrar la abertura del segundo, que está en sentido opuesto y á muy corta distancia? Si la sonda es blanda, natural es que acontezca lo que siempre sucedia, es decir, la sonda atravesará el primer estrechamiento; pero se irá á enrollar fatalmente delante del segundo. Así, pues, la práctica y el raciocinio nos demuestran bien, que hay casos de estrechamientos uretrales en los que la penetracion de una sonda hasta la vejiga es imposible.

«Podemos, pues, concluir, diciendo que no existe *estrechamiento infranqueable*, pero sí *estrechamientos infranqueables*, entendiendo por estos todos aquellos casos que, por las relaciones de los estrechamientos y ciertas propiedades de ellos, hacen imposible por el método de suavidad, á pesar de paciencia y atencion, la llegada de una sonda hasta la vejiga.

«Creo que fundando así la significacion de la palabra sobre la existencia de un hecho real, la imposibilidad de que una sonda atraviese dos ó más estrechamientos por sus propiedades y relaciones, las ideas tienen que uniformarse, y por consiguiente la cuestion quedará para siempre terminada.”

Esta division, que ha preocupado mucho la mente de los prácti-

cos, no tiene tanto valor para el tratamiento, como se verá al ocuparnos de este.

Respecto al recto y al exófago, aun cuando existan dos ó más estrechamientos, es siempre posible atravesarlos con una sonda, porque las aberturas de ellos están casi siempre situadas sobre la misma línea.

Genesis y Etiología.

Los estrechamientos espasmódicos se observan en los individuos nerviosos, irritables, hipocóndricos.

El espasmo de la uretra se encuentra en personas afectadas de las vías urinarias, principalmente la uretritis aguda, simple ó específica, que desarrollan una grande irritabilidad de la mucosa. Se encuentra tambien cuando existen cálculos vesicales, fragmentos de estos, ó arenillas situadas en el canal, y en general en todas las enfermedades que produzcan una hiperestesia de la vejiga ó del canal.

El espasmo del exófago es comun tambien en las inflamaciones, en las erosiones, ulceraciones, en las personas hidrofóbicas, histéricas, y en los individuos en quienes un cuerpo extraño haya sido detenido recorriendo dicho canal.

Los estrechamientos orgánicos del exófago, recto y uretra, son producidos por las inflamaciones crónicas de alguna ó algunas de sus túnicas. La proliferacion de celdillas conjuntivas, á que las flogosis crónicas dan lugar, producen el endurecimiento de las paredes, con aumento en su espesor, y la pérdida de la elasticidad; de aquí una constriccion más ó menos marcada, que varía segun la época de la formacion.

Las ulceraciones, erosiones y desgarraduras de las túnicas de los canales, seguidas de la cicatrizacion ó de adherencias consecutivas de las superficies ulceradas, traen consigo tambien las coartaciones.

Las pérdidas de sustancias, de cualesquiera naturaleza que sean, producen la diminucion del calibre de los canales: es de esta manera como obran los cáusticos, tanto químicos como físicos. Las heridas tienen resultados diferentes, segun el sentido de la

solucion de continuidad. Las longitudinales casi nunca dan lugar á la coartacion, y es esta propiedad la que se ha querido utilizar en el tratamiento por el método de las incisiones, mientras que las trasversales son casi siempre causas ciertas de estrecheces, sobre todo cuando son profundas, como lo demuestran las observaciones clínicas y experimentales. Las contusiones sobre todo, son las que dan lugar á estrechamientos muy marcados, ya primitivos á consecuencia de obstrucciones inmediatas que resultan de la constriccion mecánica producida por la mucosa rechazada hácia el eje del canal, ya sean consecutivas, debido á la flogosis con supuracion y ulceracion de los tejidos infiltrados de sangre y seguidos de la formacion de tejido inodular.

Señalaremos de paso la permanencia de un cuerpo extraño más ó menos voluminoso en el interior del canal, que puede producir no solamente la diminucion del calibre, sino la obstruccion completa.

En fin, ya son tumores de diferente naturaleza, y cuya causa es algunas veces difícil averiguar.

Anatomía Patológica.

Las alteraciones que se encuentran en el cadáver son variables, segun la naturaleza y la edad de la coartacion.

En los estrechamientos espasmódicos es la inflamacion ó la irritacion de la mucosa del canal, ó bien lesiones más ó menos lejanas que obran por accion refleja sobre las fibras contráctiles de los canales; así, por ejemplo, para la uretra es la existencia de un cálculo vesical.

Algunas veces no hay lesion física tangible; son ciertas causas sin lesion apreciable, que producen el espasmo. En los estrechamientos orgánicos que datan de algun tiempo se observa que la parte anterior* del canal está dilatada, y la posterior conserva ó ha disminuido el calibre. La mucosa se encuentra inflamada en una parte ó en toda su extension, ulcerada, desgarrada, y á veces presenta un estado como cribado en la parte anterior del canal.

* Dirigiéndose en el sentido que caminan normalmente las sustancias que recorren el canal.

La coartacion está formada de bridas, de válvulas, de endurecimientos, etc., que ocupan rara vez toda la circunferencia del canal. La direccion es variable, lo mismo que la consistencia y el número: longitudinales, trasversales ú oblícuas, blandas, duras ó de consistencia cartilaginosa.

Presentan algunas veces la apariencia de excrescencias, carnosidades, fungosidades ó vegetaciones; otras son cicatrices más ó menos profundas, formadas por un tejido inodular y consistente.

El tejido de estos estrechamientos es variable; ya es el tejido mismo de las túnicas que componen el canal, el que se ha condensado y endurecido, ya la mucosa forma una saliente de apariencia valvular que constituye ella sola la coartacion; algunas veces es tejido fibroide y existe con este carácter en todos los períodos de la estrechez, ó bien pasa á ser tejido fibroso y presenta todas las propiedades de este: poco retráctil, consistente, duro, coriáceo, algunas veces de apariencia cartilaginosa, tiene una coloracion blanco-mate nacarada; otras veces es blando, retráctil, se deja distender fácilmente.

En un mismo canal, cuando hay varias coartaciones, todas pueden estar formadas de elementos de la misma naturaleza, ó bien de elementos diferentes; este hecho no es raro para los estrechamientos de la uretra.

Por último, se encuentra algunas veces en el cadáver, que la coartacion es producida por tumores de las paredes del canal, de forma, dimensiones y naturaleza variable.

Síntomas, Marcha, Diagnóstico y Pronóstico.

Los síntomas son variables segun la naturaleza del estrechamiento.

1º Las coartaciones espasmódicas dan lugar á un dolor más ó menos intenso, con exacerbaciones al momento que pasan las materias que atraviesan normalmente el conducto del canal. El dolor y la constriccion hacen que el paso de dichas materias sea difícil ó imposible, lo que trae por consiguiente la retencion de orina para la uretra, la imposibilidad de la ingestion para el exófago.

La introducion de la sonda, que produce un dolor intenso, se hace con dificultad y es detenida varias veces en su marcha; al extraer el instrumento se siente una sensacion particular como de prension.

2º Los estrechamientos orgánicos tienen síntomas funcionales y signos físicos; los primeros son variables segun el grado de estrechamiento y la funcion que desempeña cada canal; sin embargo, además de los síntomas particulares para cada uno, todos tienen de comun los siguientes: el paso de las materias que atraviesa normalmente el canal, se hace lento, despues difícil, y por último imposible cuando la constriccion es muy avanzada. Presentan además fenómenos de inflamaciones crónicas que varían segun la época del estrechamiento. En fin, cuando este es antiguo, el organismo entero sufre en su nutricion, lo que se traduce por debilidad general, palidez de la piel, enflaquecimiento, etc. Esta especie de caquexia es más notable y presenta un aspecto característico cuando la constriccion es el resultado de la formacion en las paredes del canal de un tumor maligno, por ejemplo, el cáncer del exófago, recto y próstata.

Los signos físicos son los que nos proporcionan los datos más ciertos; por este medio se reconoce el grado de angustia, la forma, número, situacion y hasta cierto punto su naturaleza. Estos signos son dados para el exófago y la uretra por medio del caterismo. En cuanto al recto, por lo general, la vista por medio del *speculum-anni* y el tacto, se ponen en juego para reconocer sus coartaciones.

Los estrechamientos espasmódicos ceden fácilmente á un sistema apropiado; se modifican y desaparecen cuando la lesion que les ha dado lugar, y bajo la dependencia de la cual están, se ha destruido.

No sucede lo mismo con los estrechamientos orgánicos; estos por lo general, rebeldes á todos los tratamientos propuestos, se reproducen con facilidad. Abandonados á sí mismos hacen progresos incesantes; el calibre del canal disminuye más y más, al nivel de la coartacion, las dificultades para el paso de las materias aumentan, y finalmente, llega un momento en que este

paso es imposible; retencion completa (uretra y recto), imposibilidad de ingerir (exófago). Estos accidentes llegan algunas veces repentinamente y casi ex-abrupto, pero en lo general vienen de una manera gradual y lenta.

La inflamacion habitual de la primera porcion del canal, produce ulceraciones, desgarraduras, y de aquí abscesos é infiltraciones.

Las perturbaciones funcionales son ya suficientes para reconocer la existencia de un estrechamiento, pero el diagnóstico se funda en los signos físicos dados por el cateterismo ó el tacto (recto).

El pronóstico de los estrechamientos espasmódicos varía con la causa que los produce.

Los estrechamientos orgánicos constituyen una afeccion grave, y tanto más, cuanto la coartacion es más larga, más estrecha y más antigua. El número, y sobre todo la naturaleza del estrechamiento, deben formar la base del pronóstico; así los estrechamientos fibrosos son más graves que los fibroides. Las coartaciones orgánicas teniendo una gran tendencia á reproducirse, el pronóstico es siempre severo.

Tratamiento.

No entraré en los detalles de cada operacion que exige el asunto, porque además de que estos se encuentran muy bien explicados en los libros de operaciones, mi intencion es únicamente hacer conocer las ventajas y desventajas de cada método.

En el tratamiento sobre todo debemos tener presente la division establecida: estrechamientos espasmódicos y orgánicos, porque requieren una terapéutica diferente.

Las coartaciones espasmódicas ceden fácilmente á los baños prolongados, á los anti-espasmódicos y á las inyecciones subcutáneas de morfina ó atropina. Si á pesar de estos medios el espasmo continúa, se deberá atender á la causa predisponente; si es la inflamacion, será contra esta sobre la que se dirigirá principalmente la terapéutica. El cateterismo no se dejará como último recurso; se empleará desde que las perturbaciones funciona-

les se acentúen, porque como he dicho hablando de la uretra, basta que la sonda la recorra una vez para que la contraccion refleja desaparezca. Este medio podria usarse tambien para el espasmo del exófago; mas como no tengo práctica en este punto, no hago más que proponerlo, creyéndolo á propósito por los buenos resultados que da para el canal de la uretra; sin embargo, la indicacion es urgente cuando el enfermo no pueda pasar los alimentos.

Un cálculo vesical puede producir el espasmo de la uretra y no ceder á ningun tratamiento apropiado, como en estas circunstancias la introduccion indispensable y preliminar del cateter para la operacion de la talla perineal, se hace imposible, lo que sucedió en el enfermo cuya historia escrita por el Sr. Viñas, ya he citado; creo que en semejante circunstancia la conducta que se siguió con dicho enfermo es el mejor y quizá único consejo que se pueda dar: hacer primero la uretrotomía interna é inmediatamente proceder á la operacion de la talla.

Estrechamientos orgánicos.

Tres son los medios á que se ha recurrido en la práctica para destruir las coartaciones de esta naturaleza: la cauterizacion, la incision, y la dilatacion; de aquí tres grandes métodos que cada uno de ellos requiere cierto número de procedimientos.

Cauterizacion.—Se ha usado el nitrato de plata fundido para los estrechamientos, é instrumentos especiales para conducir el cáustico hasta el lugar de la constriccion. No nos detendremos acerca de este método, porque ha sido abandonado por todos los prácticos por razones que veremos despues.

Incision.—Esta operacion tiene por objeto dividir en el sentido longitudinal, de adentro hácia fuera, por medio de un instrumento cortante, el estrechamiento. Se practica con el bisturí en los estrechamientos del recto, y los de la uretra que están situados á la entrada del canal: es imposible con este instrumento en las coartaciones que se encuentran mas allá del meato urinario; de aquí ha resultado necesario la construccion de instrumentos especiales para dividir los estrechamientos profundos de la ure-

tra; se ha inventado un gran número, más ó menos ingeniosos, y han sido designados con el nombre de uretrotomos. Daremos á conocer el de Maissonneuve cuyo uso es muy esparcido: se compone de una candelilla filiforme, la que recibe en una de sus extremidades un pequeño tubo de acero, del mismo diámetro, y susceptible de ser atornillado en la extremidad de una sonda acanalada curva, cuyas dimensiones continúan exactamente las de la candelilla. Una lámina cortante de algunos milímetros de altura, con la forma de un triángulo isóceles, de vértice romo, de lados cortantes y ligeramente convexos está sostenido y dirigido en la canaladura de la sonda por un tallo metálico, hinchado y arredondado en su extremidad opuesta. Esta lámina cuya base resbala en la sonda conductriz, está situada en la concavidad ó convexidad de esta, segun que el cirujano quiera dividir la cara anterior ó posterior del canal.

Maissonneuve y V. Trélat se han servido tambien de instrumentos semejantes para dividir de adentro hácia fuera los estrechamientos exofagianos.

Dilatacion.—Este método consiste en introducir cuerpos extraños más y más voluminosos, en la coartacion, con el fin de ensanchar el canal que esta deja. Para este objeto se han construido instrumentos especiales, diferentes para cada uno de los tres canales.

Uretra.—Los instrumentos usados para este canal reciben el nombre de candelillas y de sondas.

Las candelillas se han fabricado de materias esponjosas que se hinchan en el canal; de raíz de genciana, de pergamino, de marfil reblandecido por el ácido clorohydrico, etc., se han fabricado tambien de sustancias duras tales como la plata, el plomo etc. La forma es variable: cónicas, cilíndricas, fusiformes, olibares ó provistas de un hinchamiento, destinadas á dilatar el estrechamiento. La direccion es generalmente rectilínea: las candelillas de goma que son las mas usuales, por su flexibilidad se amoldan en las inflexiones del canal. Ciertas candelillas finas con su extremidad torcida en espiral son propias á atravesar los estrechamientos sinuosos. El espesor es variable; se fabrican

desde un tercio de milímetro de diámetro, hasta tres milímetros.

Las sondas presentan como las candelillas diferencias relativas en su forma y en su naturaleza de las sustancias que entran en su composicion. Se han fabricado de maillechort, de oro, platino, estaño; las que se emplean comunmente son de plata, y entonces son rígidas; ó de goma, y entonces son flexibles, lo que permite darles una forma apropiada á la del canal, por medio de un tallo metálico llamado mandrin, introducido en el interior de la sonda. Rara vez se usan sondas rectas; las mas usuales son curvas en su extremidad.

Exófago.—Los instrumentos propios para el cateterismo del exófago se llaman sondas exofagianas. Se han fabricado de goma elástica, cera, gutapercha, ó bien de un tallo flexible y resistente, de cuarenta y cinco á cincuenta centímetros de longitud, terminado en una de sus extremidades por un anillo ó placa y en la otra por una oliva de marfil de magnitud variable.

Recto.—Los instrumentos propuestos para dilatar el recto, se han abandonado por el empleo de las mechas que dan mejor resultado.

El método de la dilacion se ha dividido en dos procedimientos, segun que se practica de una manera gradual, es decir que se introducen cuerpos dilatantes más y más voluminosos en el estrechamiento, ó bien se alejan violentamente las paredes de la coartacion por un instrumento de un diámetro considerable.

El método de dilatacion forzado ó violento ha sido generalmente abandonado por los accidentes tan terribles á que ha dado lugar.

Cauterizacion, incision y dilatacion, he aquí los medios de que dispone el práctico para destruir un estrechamiento. Se trata de averiguar cuál presenta mayores ventajas. El primero, es decir la cauterizacion, aparte de las dificultades que existen en el manual operatorio para que el cáustico se limite á tocar únicamente el estrechamiento, tiene la desventaja (por lo que ha sido abandonado) de dejar una solucion de continuidad, que más tarde será sustituida por tejido inodular que producirá una constriccion mayor que la primera.

La incision produce tambien una solucion de continuidad; pero por el sentido de ella, la separacion de los labios, y la profundidad que se puede limitar, la cicatriz es poco considerable; sin embargo, si la incision no es seguida de la dilatacion gradual, el estrechamiento se reproduce con más fuerza. Esto se observa muy comunmente en los estrechamientos de la uretra tratados por la uretrotomía interna y no seguida de la dilatacion, ó bien cuando esta no se ha continuado durante un tiempo suficiente. En apoyo de esta verdad citaré los dos casos siguientes:

En el año 1874 ingresó á la sala de clínica del hospital de San Lúcas, un negro llamado Espinosa. Este negro llegó enfermo de estrechamientos orgánicos, los que parecian ser fibrosos por la sensacion revelada por la sonda.

Estos estrechamientos fueron tratados por la uretrotomía interna seguida inmediatamente de la dilatacion. El enfermo fué dado de alta, en apariencia completamente sano, despues de un mes de operado; desde este dia no volvió á sondearse, lo que dió por resultado que dos meses despues se encontraba en la sala de presos del mismo hospital, con las coartaciones más estrechas.

En la sala de sífilis, á cargo del Dr. Malanco, en 1874, existia un enfermo á quien se le hizo la operacion de la uretrotomía interna, por estrechamientos orgánicos; la sonda que se acostumbra poner despues de la operacion permaneció dos dias, y como sucediese que esta sonda no se volvió á colocar en seis dias despues, los estrechamientos habian vuelto á reaparecer.

A la dilatacion pura se le ha reprochado que los enfermos queden obligados á sondearse todo el resto de su vida, una vez por lo menos cada quince dias; pero segun lo que he dicho, la uretrotomía ofrece la misma desventaja: la uretrotomía, ó hablando en general, la incision, no es más que un medio adyuvante de la dilatacion, y solo debe reservarse para los casos en que esta sola no sea suficiente para destruir las coartaciones.

Réstanos decir algunas palabras sobre los estrechamientos infranqueables, pues casi todos los autores que se han ocupado de los estrechamientos de la uretra dedican un capítulo aparte á estas coartaciones, que han preocupado mucho la mente de los prác-

ticos, lo que ha dependido de la dificultad que hay en conformar estas coartaciones á este principio, que es la base del tratamiento. Para destruir una coartacion, lo primero que debe hacerse es pasar un instrumento, sonda ó candelilla, al través de ella. Ahora bien: para llenar esta condicion, muchos medios se han inventado para los estrechamientos infranqueables.

Entre estos medios se encuentran las inyecciones forzadas de aceite, de agua tibia, de mercurio, con el objeto de preparar las vías en los casos donde no se habia podido penetrar en el estrechamiento con candelillas finas.

Procedimientos especiales se han inventado en el empleo de estas inyecciones, y á los detalles de los cuales no entraremos, pues no merecen la pena, por su poca eficacia, como dice muy bien Voillemier.

Los procedimientos que dan siempre resultado, es decir, atravesar la coartacion, son el de Dupuytren y el de Civial. El primero habla así:

«Cualquiera que sea el instrumento que se haya elegido, se le introduce y se hace llegar hasta el obstáculo. Se fija en seguida por uno de los medios conocidos. No es necesario ocuparse de insinuarlo en el obstáculo, porque basta su permanencia prolongada durante algun tiempo para que se opere la dilatacion deseada. En efecto, despues de algunas horas, y en los casos menos felices despues de algunos dias, puede *constantemente* pasar el obstáculo sin dificultad, sin esfuerzo, sin desgarradura, sin escurrimiento de sangre. La dilatacion es tal, que las extremidades de la sonda y de las bujías entran algunas veces en los estrechamientos; que pueden en otros casos mas numerosos, pasar por un ligero esfuerzo, y que en otras circunstancias la dilatacion permite al estrechamiento recibir la extremidad de una candelilla conoide.»

El método de Dupuytren, puesto más tarde en uso por Velpeau y otros cirujanos, difiere del de Civial, en que este coloca candelillas voluminosas en la parte anterior del canal, simplemente con el objeto de preparar la vía, mientras que aquel coloca y fija en la parte anterior del estrechamiento las candelillas finas que desea hacer pasar al través del obstáculo.

Cualesquiera de estos procedimientos, el de Dupuytren ó el de Civial, que se empleen, el buen resultado corona siempre los esfuerzos, y esta es una razon para creer que un *estrechamiento solo siempre es franqueable*, como han dicho muy bien Thompson y Syme. Se ve pues que estos procedimientos se han puesto en uso para los obstáculos difíciles de atravesar, pero siempre franqueables con un poco de paciencia y atencion. Hasta aquí, pues, la cuestion es muy sencilla, puesto que se reduce á un caso particular de estrechamientos que pueden ser atravesados por la sonda.

A la palabra infranqueable le hemos dado una significacion diferente, aplicable no á un solo estrechamiento, sino á dos ó más dispuestos de tal manera, que á pesar de cualquier método que se emplee, el paso de una sonda es imposible. ¿Qué hacer en semejantes circunstancias para tratar estos obstáculos, si la primera condicion del tratamiento (pasar una sonda) no se puede satisfacer? En efecto, pasar una sonda al través de todos los estrechamientos es imposible; pero la sonda puede siempre atravesar cada uno de ellos en particular, y desde entonces el tratamiento tiene que ser igualmente sencillo: destruir (por la incision ó la dilatacion) el primer obstáculo sin preocuparse de los otros; cuando este obstáculo está destruido, el segundo llegará á ser el primero que se destruirá á su vez, y así en seguida. ¿Por qué ha de ser necesario que la sonda atraviese á todos los estrechamientos y llegue hasta la vejiga? Desde el momento que atraviesa el primer obstáculo, la primera condicion del tratamiento está satisfecha para esta coartacion.

La regla que he mencionado se ha seguido en el hospital de San Lúcas y ha dado siempre los mejores resultados.

De propósito nada he dicho respecto á la operacion del ojal ó uretrotomía externa, que se ha empleado en los estrechamientos infranqueables, porque reduciendo estos casos complexos á hechos simples, dicha operacion, siempre peligrosa, no encuentra nunca aplicacion.

CONCLUSIONES.

1ª Cuando la generalizacion no se puede establecer, reunir los casos más semejantes es de un gran socorro para el espíritu y para el práctico.

2ª En los tres canales (uretra, exófago y recto) únicamente son admisibles los estrechamientos orgánicos para todos, y espasmódicos para los dos primeros. Los estrechamientos inflamatorios, clínicamente hablando, no tienen razon de ser.

3ª Un solo estrechamiento se puede siempre atravesar con un instrumento (sonda ó candelilla), por el método de suavidad.

4ª El único tratamiento de los estrechamientos orgánicos es la dilatacion; la incision no es más que un medio adyuvante.

5ª Los estrechamientos infranqueables, como deben entenderse, no exigen un tratamiento particular.

Si estas ideas no están plenamente comprobadas por la experiencia, son sin embargo las que ligan mejor los hechos con la teoría. Esta es al menos la opinion que profeso.

José M. Irys.